

协和妇科肿瘤手册

主编 / 吴 鸣



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

中国书画种类图典

中国书画种类图典



中国书画种类图典

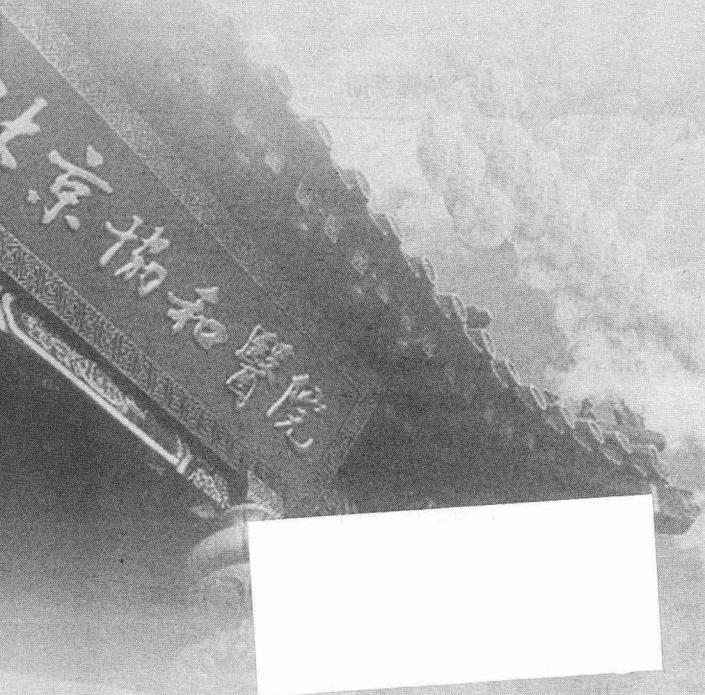
协和妇科肿瘤手册

主 编 吴 鸣

编 者 (按汉语拼音排序)

曹冬焱 成宁海 冯凤芝 谭先杰

吴 鸣 晏俊芳 张福泉



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

协和妇科肿瘤手册 / 吴鸣主编. —北京: 人民卫生出版社, 2012.5

ISBN 978-7-117-15577-9

I. ①协… II. ①吴… III. ①妇科病: 肿瘤-治疗-手册 IV. ①R737.305-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 043914 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

协和妇科肿瘤手册

主 编 : 吴 鸣

出版发行 : 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址 : 北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编 : 100021

E - mail : pmph@pmph.com

购书热线 : 010-67605754 010-65264830
010-59787586 010-59787592

印 刷 : 北京中新伟业印刷有限公司

经 销 : 新华书店

开 本 : 850×1168 1/32 印张: 11

字 数 : 307千字

版 次 : 2012年5月第1版 2012年5月第1版第1次印刷

标准书号 : ISBN 978-7-117-15577-9/R · 15578

定 价 : 30.00元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

序 言

这是个色彩缤纷的时代，这是一个需要讲究规则的时代。

妇科肿瘤或女性生殖器官肿瘤的临床与基础研究于近年都得到长足发展，由于诊治理念及现在技术的进步，妇科肿瘤更提倡规范化、个体化、多元化和人性化，在手术、化疗及放疗诸方面，都有明确的显现和日臻完善的推行。

北京协和医院妇产科妇科肿瘤专业组有雄厚的学术基础和学科建设梯队，宋鸿钊院士根治绒癌的成功，连利娟、吴葆桢教授关于卵巢癌的研究等成绩斐然。近年宫颈癌的防治工作，各种手术、化疗、放疗的改革，提高了治疗效果，更符合现代诊治观念。一批中青年学者崭露头角，使协和妇科肿瘤专业形成特色，实力雄劲。

我们在卓有成效的既是基础性又是开拓性，既是理论性又是实践性的工作前提下，编撰了《林巧稚妇科肿瘤学》、《宋鸿钊滋养细胞肿瘤学》、《妇科肿瘤面临的问题和挑战》、《妇科肿瘤临床决策》等大部头书著，并翻译了国际名著《临床妇科肿瘤学》、《NOVAK 妇科学》、《子宫颈学》，也出版了《妇产科临床备忘录》、《协和住院医师手册》、《协和妇产科临床诊治指南》、《效率手册》等青年医师的参考书。还有大量的手术录像带。“华润会议”每年一次，已届八期，也有妇科肿瘤微创手术的专题研讨会等。

正是在这一基础和情势下，这次又编写了《协和妇科肿瘤手册》，是补白、是充实、是发展。“手册”之意在于简明、便捷，易于翻阅，易于查找。“手册”的另一个功能是推行诊治规范化，避免随意、避免混乱。虽然，本手册并没有标明“指南”或者“规范”，但编著者是力求按

FIGO、NCCN 等的基本要求来完成的。协和手册的确以协和的经验和规则编写而成，但也博采众长，撷取新发展、新观念、新技术，不囿于己见、不固执于一家之言。

编写者均系我科资深医师，理论及实践水平俱佳，推出手册、付梓出版，不仅为我院医师提供医疗范本，也为全国同道分享，不啻为参考。亦望乞有识者匡正不逮，乃为幸，并致谢忱。

郎景和

二〇一二年春

前言

这是一个知识爆炸的时代，又是科学技术飞速发展的时代，当然又是一个讲究规矩的时代。规矩虽然是人定的，却是要经过反复的实践而得到修正和完善。

北京协和医院是一所具有悠久历史的医院，是新中国现代医学的发源地，几乎所有学科的奠基人都出自这所医学殿堂。谈起协和医院最有代表性的科室不得不想到妇产科，林巧稚、宋洪钊、葛秦生、连利娟、吴葆桢、郎景和等这一连串熟悉的名字，无不出自协和，无不为协和增光添彩。正是因为拥有了这些医学泰斗以及他（她）们宝贵的医学实践，才使得协和的规矩成为同行称颂和效仿的楷模。

为了更好地为广大同道服务，我们将北京协和医院妇产科妇科肿瘤组多年来实际应用的实践指南和工作常规进行整理，编成了这部《协和妇科肿瘤手册》。参加编写的人员均是我科工作多年的骨干，大家不辞辛苦，利用业余时间组织材料进行编写，最后形成了这本实践手册。这是一本工具书，它几乎囊括了妇科肿瘤工作实践中需要掌握的所有内容；它又是一本口袋书，可以轻松地放入口袋，并且可以随意查阅。

当然，由于目前新药的出现、新技术的陆续应用以及某些临床实验的结束，使得我们手册的内容也需要与时俱进，不断更新和修正。同时也希望各位同道在临床实践和实际应用中提出宝贵意见，我们会在下一版加以完善。

吴鸣

2012年春于北京

目 录

第一章 妇科肿瘤手术的术前准备	1
第二章 妇科肿瘤手术的术前医嘱	14
第三章 妇科肿瘤手术患者知情同意书及模板	19
第四章 妇科肿瘤手术的术后医嘱	25
第五章 妇科肿瘤手术患者出院后的注意事项 （包括随诊）	27
第六章 妇科肿瘤手术后需要特别关注的问题	29
第七章 妇科肿瘤手术并发症的观察和处理	32
第八章 与妇科肿瘤患者有关紧急情况	43
第九章 妇科肿瘤的化疗总论	52
第十章 妇科肿瘤常用化疗药物简介	58
第十一章 妇科肿瘤常用化疗方案	81
第十二章 化疗不良反应的处理	175
第十三章 妇科肿瘤病房常用的操作	181
第十四章 妇科恶性肿瘤的分期	190
第十五章 妇科恶性肿瘤的放疗常规	198
第十六章 妇科肿瘤的治疗策略	210
第十七章 妇科肿瘤手术的相关解剖	260
第十八章 抗生素的合理应用	318
第十九章 妇科肿瘤患者的疼痛控制	331
第二十章 妇科恶性肿瘤患者的随诊	333
附录 1 实体瘤缓解评价标准 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors, RECIST)	336
附录 2 体力状况 ECOG 评分标准	339
附录 3 NCI 常见毒性分级标准	340

第一章

妇科肿瘤手术的术前准备

1. 总体目的

- 让患者了解手术利益和风险。
- 提高患者对手术的耐受能力。
- 减少手术的风险和并发症。
- 保障患者术后能顺利恢复。

2. 总体内容

- 让患者及家属有心理准备。
 - 了解手术目的，大致经过和结局。
 - 了解手术后的恢复过程。
- 评估患者各系统、脏器的功能状态，能否耐受手术。
 - 重要脏器功能：心功能、肺功能、肾功能、肝功能。
 - 凝血机制。
 - 代谢状态，营养状态。
 - 感染指标。
- 纠正和治疗内科合并症。
 - 水、电解质或代谢紊乱（低钾、低钠、低钙、低镁等）。
 - 内科合并症（糖尿病，甲状腺功能亢进，高血压，甲状腺功能减退等）。
- 完善各种有法律效力的文书。
 - 手术知情同意书。
 - 输血同意书。
 - 授权委托书（全麻的患者，必须有授权委托）。

3. 必要的术前检查

- 血常规，尿常规。
- 心电图（对年龄大的患者，需要做超声心动检查，注

意左心射血分数)。

- 胸部正侧位 X 线摄片 (对年龄大的患者, 需要做肺功能检查, 注意肺的弥散功能或血气分析)。
- 肝肾功能。
- 血型, Rh 因子。
- 凝血酶原时间及活动度。
- 感染指标: HBV、HCV、HIV、梅毒。
- 其他: 肿瘤标志物 (CA125、CA199、CEA、AFP、SCC 等)。

4. 术前准备的具体内容

(1) 针对内科情况的准备

- 治疗合并症。
 - 心脏病、肺病、肝病、肾脏病。
 - 营养不良、代谢紊乱。
 - 感染性疾病 (肺部、泌尿系、皮肤感染, 扁桃体炎)。
 - 贫血: Hb 低于 7g/dl, 术前应输血 (通常认为 Hb 低于 8g/dl 是不适合手术的)。
- 甲状腺功能亢进或减退病人的准备。
- 肾上腺皮质功能异常的准备。
- 凝血功能障碍疾病。



请相关科室会诊, 指导围手术期处理。

(2) 针对外科的准备

- 备血 (后述)
- 手术野的准备
 - 皮肤准备
 - 阴道准备
- 肠道准备
- 留置尿管
 - 开腹手术, 一般需要在病房导尿, 并留置尿管。
 - 腹腔镜手术和阴式手术, 带尿管到手术室, 麻醉后或术中放置。

5. 备血

- 妇科肿瘤手术的常规备血量
 - 子宫附件切除或囊肿剔除: 400ml (2U 红细胞)。配

血单上主治医师签名。

- 多发子宫肌瘤剔除：800ml（或 4U 红细胞）。配血单上需要教授签名。
- 恶性肿瘤的手术：至少 1200ml（6U 红细胞，同时配 800ml 血浆）。配血单上应有教授签名。
- 对于困难的可能需要大量用血（ $\geq 2000\text{ml}$ ）的肿瘤手术：配血单上除教授签名外，还需医务处盖章，并提前通知血库。



没有血源保障而进行手术是不理智的，任何操作都可能发生意外！

► 关于配血的其他注意事项

- 开配血单时一定要根据化验单原件核实患者的血型及 Rh 因子。
- 配血申请单不能空项，要仔细核对患者血型及 Rh 因子、拟输注的血液制品的品种和数量、拟输注的日期。
- 输血知情同意书不能空项，特别是签字时间，要求精确到分。

6. 腹部手术野的准备

► 开腹手术的备皮

- 目前的研究表明备皮对于手术是必要的，尤其是手术局部毛发较重的患者。大量研究证实采用剃刀来备皮与采用电推子或电动剃须刀相比手术部位感染的机会明显升高，且备皮时间距离手术切开皮肤的时间越短，感染机会就越少。
- 术前仔细清洗，尤其是手术部位的清洗是必要的。
- 剃毛的时间越接近手术开始时间越好，对于毛发不重的患者仅需清洗即可。必要时消毒前将切口区域的毛发剃除即可。

► 腹腔镜手术的备皮

- 腹腔镜手术一般不用对阴部进行备皮，但是清洗脐孔非常重要，尤其是那些脐部较深的患者，其清洁状况通常很差。先用棉签蘸汽油清洗，之后蘸盐水清洗。切忌损伤脐部的皮肤，避免引起局部的感染。

手术前清理较好，越早清理脐部，局部感染的机会就越高。

7. 阴道准备

► 目的

- 妇科肿瘤术后感染多是由阴道细菌逆行感染，通常为混合感染。术前进行阴道准备后，可减少术后盆腔感染、残端感染和残端出血的可能性。

► 方法

- 冲洗阴道：稀释络合碘（聚维酮碘）温盐水，有条件时，Bid，共3天。
- 改善阴道局部环境：绝经后阴道前后壁修补，阴道用雌激素软膏3天，可以使得阴道黏膜弹性增加，有利于手术进行。
- 软化宫颈，便于扩宫：治疗性使用宫腔镜时，术前3小时用米索前列醇栓剂。

8. 肠道准备

► 目的

- 排空肠管内容物，有利于手术暴露，便于手术操作。
- 利于术后肠道功能的恢复，减少术后肠梗阻。
- 减少肠道内细菌数量，术中发生肠损伤后可最大限度地减少污染，有利于肠道切口或损伤的愈合，减少肠管吻合口瘘。
- 妇科恶性肿瘤有时会累及肠道或术中损伤肠道，如果有很好的肠道准备，术中损伤肠道可即时修补，且可明显减少肠瘘的发生。

► 内容，包括四个方面。

- 饮食过渡：从普通饮食，到半流食、流食，再到禁食，但是通常不禁水和无渣饮料。
- 药物导泻：一般用硫酸镁，此前还用番泻叶、蓖麻油等。但是这些采用泻药的肠道准备常会引起水电解质平衡紊乱，且术中肠管会有一定程度的水肿。目前更多是采用新型的肠道准备药物（如恒康正清），这些药物通常含有必备的电解质和不被吸收的聚乙二醇，将其与水混合后形成等渗液体，在一定时间内口服即可。使用比较简单，而且方便，甚至

可以让患者带回家中进行肠道准备,同时不会导致水电解质平衡紊乱。

- 肠道用抗生素:可用庆大霉素(80 000U, Bid, 口服),作用肠道黏膜表面,但不被吸收。也可用甲硝唑或新霉素。
- 灌肠:若采用泻药或肠道准备剂效果不理想时,常需要灌肠,甚至清洁灌肠。



注意患者的能量及水电解质平衡,尤其是术前一天禁食导泻灌肠时。

9. 常规妇科肿瘤手术的肠道准备(包括宫颈癌根治手术和子宫内膜癌分期手术)

术前一天单次泻药或灌肠:50%MgSO₄ 40ml 口服;或恒康正清 1 盒冲水 1000ml 口服;或开塞露 110ml 置肛。



注意,如果拟定行腹主动脉旁淋巴结切除,因需切开肠系膜根部并上翻小肠,肠道功能受影响较大,则要采取后述的卵巢癌术前肠道准备。

10. 卵巢肿瘤细胞减灭术的肠道准备

- 术前 3 天:半流

庆大霉素 80 000U	口服	Bid
50%MgSO ₄ 40ml	口服	Qd
- 术前 2 天:流食

庆大霉素 80 000U	口服	Bid
50%MgSO ₄ 40ml	口服	Qd
- 术前 1 天:禁食不禁水

庆大霉素 80 000U	口服	Bid
50%MgSO ₄ 40ml	口服	Qd
清洁灌肠		ST
静脉输液		



注意:清洁灌肠:经肛管灌入温生理盐水,反复多次,直到患者肛门排出物完全为清亮液体,无肠液及肠内容物残渣。

现在一般用恒康正清 2 盒，冲水 2000ml，代替清洁灌肠。

最后一天肠道准备时，应补液 2000~3000ml，并补充钾、镁等电解质，并且保证一天的能量供应。糖尿病患者，防止诱发低血糖。

11. 需要特别关注某些特殊药物

► 高血压及用药：利血平。

利血平消耗儿茶酚胺受体，长期使用后患者体内的儿茶酚胺受体下调。如果术中需要使用肾上腺素等升压药物，则因体内儿茶酚胺受体耗竭，患者将无反应。

如果患者因高血压使用利血平（包括含有此药的复方制剂，如北京降压 0 号），则需要停利血平，改用其他降压药物 10 天以上才能手术。



注意，询问病史中应特别询问该问题！

► 糖尿病及用药

- 详细了解糖尿病患者的血糖控制及其用药情况。
- 围手术期，如术前肠道准备、术中和术后应急等，患者的血糖水平波动较大。
- 通常在围手术期，需要停用口服降糖药，换成静脉用的常规胰岛素（RI）。在液体中加入 RI，输液过程中监测血糖，调整胰岛素用量。



注意，请相关科室（内分泌科或内科）会诊，指导用药。

► 抗凝药物：阿司匹林、华法林。

某些有高血压，心脏病或者凝血系统疾病的患者，如果术前服用阿司匹林，或者用华法林抗凝，则容易导致术中或术后出血。



注意，停用阿司匹林 10~14 天；停华法林，改用低分子肝素。

12. 妇科肿瘤相关手术的特殊术前注意

➤ 卵巢癌肿瘤细胞减灭术

- 强调肠道准备。
- 术前多备血：一般需配 6U 以上红细胞，800ml 以上血浆。如果肿块较大、固定，并且累及多器官，应该酌情多配血。
- 肿瘤明显压迫输尿管，尤其是导致肾盂积水或输尿管扩张的患者应该术前或术中放置输尿管支架或 D-J 管。
- 肿瘤累及直肠较严重时，术前需要明确临时性或永久性造瘘的可能性，并且需要签署授权委托书。
- 胸水患者术前需要处理，随后需要进行血气分析，请麻醉科会诊，必要时术前需要闭式引流。
- 术前联系相关科室，以便术中协助，如基本外科、泌尿科、血管外科等。

➤ 子宫内膜癌分期手术 / 子宫肉瘤的手术

- 子宫内膜癌常伴有较高的内科合并症（肥胖、高血压、糖尿病等），需要分别对待。
- 子宫内膜癌的患者（尤其是肥胖的患者）易发生深静脉血栓，预防血栓及栓塞性疾病十分重要，术前需要开弹力袜，并让患者穿戴进入手术室。
- 配血 6U，血浆 800ml。
- 年龄超过 70 岁的患者，术前需要评价肺功能或血气分析，并同时需要麻醉科会诊。

➤ 恶性滋养细胞肿瘤的手术

- 因术中有时会进行化疗药物宫旁注射，故术前医嘱中，有时需要开 5-FU 等化疗药物，带入手术室。

➤ 宫颈癌根治性手术

- 残余宫颈癌的患者，手术中输尿管并发症较高，术前通常需要放置 D-J 管。
- 根治性宫颈切除术的患者，术前最好放置 D-J 管，既有利于手术操作，又可最大限度地减少输尿管并发症。
- 配血 6U，血浆 800ml。

➤ 全子宫切除术

- 术前知情同意中, 详细告知卵巢去留的利弊, 并让患者就卵巢是否切除, 写出明确意见。
 - 入院后开阴道冲洗的医嘱。
 - 配血 2~4U。
 - 子宫颈锥形切除术
 - 术前知情同意中, 告知患者手术是宫颈癌前病变和早期宫颈癌诊断和治疗中的一个步骤, 有的需要根据术后病理情况进行后续手术。
 - 入院后开阴道冲洗的医嘱。
 - 配血 2U。
 - 外阴癌根治术
 - 强调术前肠道准备: 术后需要加压包扎外阴 (包括肛门), 故术后短期内 (3~5 天) 患者最好不要排便。
 - 开弹力袜: 术后早期下床活动少, 建议穿弹力袜, 预防血栓。
 - 肿瘤较大则计划切除范围过大, 有时需要整形科会诊协助手术缝合创面。
 - 肿瘤累及重要器官手术中有可能切除不够充分, 术后需要辅助放疗或化疗。
 - 外阴癌的切口愈合问题术前需要患者及家属充分知情。
 - 配血 800ml, 或红细胞 4U。
13. 盆腔廓清术及其特殊的术前准备
- 盆腔廓清术的范围及需要协助的科室
 - 前盆腔廓清术: 除切除子宫、宫旁、阴道外, 需要切除膀胱, 并进行膀胱重建 (通常为回肠代膀胱), 需要联系泌尿外科。
 - 后盆腔廓清术: 除切除子宫、宫旁、阴道外, 需要切除直肠及部分乙状结肠, 并进行肛门改道 (通常为降结肠造瘘), 需要联系基本外科 (胃肠外科)。
 - 全盆腔廓清术: 除切除子宫、宫旁、阴道外, 前方需要切除膀胱, 并进行膀胱重建 (通常为回肠代膀胱); 后方需要切除直肠及部分乙状结肠, 并进行肛门改道 (通常为降结肠造瘘), 需要同时联系泌尿外科和基本外科 (胃肠外科)。
 - 盆腔廓清术特殊的术前注意

- 详细、充分的知情谈话非常重要，让患者及其家属了解手术的价值、手术的代价，术后可能出现的并发症，尿道改道和肛门改道后的护理和适应问题。
- 术前改善患者的一般情况，必要时可输入蛋白、血浆、全静脉营养等，提高患者对手术的耐受能力。
- 手术复杂，术中如有特殊情况可能需要和家属谈话，因此术前患者一定签署授权委托书。
- 后盆腔廓清术的患者术前需要放置 D-J 管。
- 术前备血至少 6U 红细胞，800ml 以上的血浆。

14. 病理申请单的相关问题

- 病理申请单应在术前完成并夹在病历夹子中。
- 患者姓名、病案号及病房名称一定书写或打印清楚并核对准确。
- 正、反两面都要填写。
- 除常规病史外，还应尽可能详细提供与组织学检查相关的资料，如血清肿瘤标志物、激素治疗史、手术史、既往疾病史等。
- 同一疾病做过组织病理学检查者，提供既往病理标本的病检号及病理结果。
- 估计术中可能需要送快速冰冻切片检查者，准备 2 份病理申请单（术前未确诊的卵巢癌患者）。
- 手术后主管医师立即填写或核对病理单上的标本来源。
- 标本员按照规定标记、处理完标本并记录在病理申请单正、反两面的标本来源处，与台下护士核对无误并签名后方可离开手术间。

15. 刷手之前住院医师需要做好 5 件事

- 核对病人：非常重要，是避免重大失误的最后环节。
- 确认术式：检查知情同意书，尤其是卵巢去留问题。
- 调节灯光：主灯位于患者头侧，辅助灯位于患者脚侧，亮度适中。
- 摆好体位：开腹手术但需要直肠切除吻合的患者，或腹腔镜手术患者，一般需要膀胱截石位，患者臀部应稍超出手术台下缘（一般 10cm）。
- 检查尿管：确认尿管通畅。对于平卧位患者，使尿管从腘窝处引出。